

MODELO 1.1

**SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR  
POR EL/LA MÉDICO/A SI NO EXISTE NINGUNA PERSONA QUE LA PUEDA  
PRESENTAR EN NOMBRE DEL/LA PACIENTE**

(arts. 5.2 y 6.4. L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

**1. DATOS DEL/LA PACIENTE:**

Apellidos y nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses:

Sexo:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

Teléfono:

Correo electrónico:

**2. DATOS DEL/LA MÉDICO/A QUE PRESENTA LA SOLICITUD:**

Apellidos y nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

Teléfono:

Correo electrónico:

**3. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:**

- Documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documento equivalente suscrito por el/la paciente.

**4. LUGAR, FECHA Y FIRMA:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

-----  
Fdo: el/la médico/a solicitante